

إحالة دعم الطفل

CHILD SUPPORT REFERRAL

سوف يقوم قسم دعم الطفل (DCS) باستخدام بياناتك الشخصية ورقم الضمان الاجتماعي الخاص بك لأغراض تنفيذ دعم الطفل كما هو موضح في الباب 4-د من قانون الضمان الاجتماعي.

أ- معلومات حول آباء الأطفال				
والد الأطفال		والدة الأطفال		
الاسم (الأول/الأوسط/الأخير):		الاسم (الأول/الأوسط/الأخير):		
الأسماء الأخرى المستخدمة:		الأسماء الأخرى المستخدمة:		
صندوق بريد أو عنوان الشارع:		صندوق بريد أو عنوان الشارع:		
رقم المنطقة:	الولاية:	الرمز البريدي:	الولاية:	المدينة:
رقم هاتف المنزل:	هاتف الرسائل:	رقم هاتف الرسائل:	هاتف الرسائل:	هاتف المنزل:
()	()	()	()	()
عنوان البريد الإلكتروني:		عنوان البريد الإلكتروني:		
رقم الضمان الاجتماعي:		رقم الضمان الاجتماعي:		
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):		تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):		
محل الميلاد (مدينة/مقاطعة/ولاية/دولة):		محل الميلاد (مدينة/مقاطعة/ولاية/دولة):		
لون العينين:	لون الشعر:	الوزن:	الطول:	العرق:
اللغة الأم (إذا اقتضت الحاجة إلى المراسلة بلغة أخرى غير الإنجليزية):				
الانتماء القبلي (إن وجد):		الانتماء القبلي (إن وجد):		
هل تعيش على أرض مخصصة للهنود الحمر؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		هل تعيش على أرض مخصصة للهنود الحمر؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		
اسم آخر صاحب عمل معروف:		اسم آخر صاحب عمل معروف:		
صندوق بريد أو عنوان شارع صاحب العمل:		صندوق بريد أو عنوان شارع صاحب العمل:		
رقم المنطقة:	الولاية:	المدينة:	الولاية:	رقم المنطقة:
رقم هاتف صاحب العمل:		رقم هاتف صاحب العمل:		
()		()		
اسم أسرة أم الوالد قبل زواجها:		اسم أسرة أم الوالد:		
اسم والد الوالد:		اسم والد الأم:		
ب- مقر إقامة الأطفال				
الأطفال المسجلين في الصفحة الثانية يعيشون مع: <input type="checkbox"/> الأم <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> آخرون (يرجى التحديد):				
هل سبق أن عاش الأب غير المحجور عليه مع الأطفال أو قدم لهم الدعم في ولاية واشنطن؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم، فمتى؟				
ج- إذا كان الأطفال لا يعيشون مع الأب أو الأم، يرجى إتمام هذا القسم				
اسمك:		اسمك:		
رقم ضمانك الاجتماعي:		رقم ضمانك الاجتماعي:		
تاريخ الميلاد:		تاريخ الميلاد:		
علاقتك بالأطفال (إن وجد):		علاقتك بالأطفال (إن وجد):		
()		()		
الانتماء القبلي (إن وجد):		الانتماء القبلي (إن وجد):		
هل تعيش في أرض مخصصة للهنود الحمر؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		هل تعيش في أرض مخصصة للهنود الحمر؟ لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/>		

د- معلومات حول الأطفال الذين ترغب في الحصول من أجلهم على دعم الطفل			
سجل فقط أطفال الآباء المسجلين في الصفحة رقم 1 الذين يقيمون بمنزلك استخدم ورقة متابعة عند اللزوم.			
اسم الطفل (الأول/الأوسط/الأخير):	الجنس:	رقم الضمان الاجتماعي:	هل وقع الأب على شهادة الأبوة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة):	محل الميلاد (مدينة/مقاطعة/ولاية/دولة):	الانتماء القبلي (إن وجد)	
هل أصبحت الأم حامل في هذا الطفل في ولاية واشنطن؟		إذا كانت الإجابة لا، فأين تكون حينئذ (مقاطعة/ولاية):	
هل هناك طلب دعم طفل من أجل هذا الطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا		إذا كانت الإجابة نعم، اذكر تاريخ الطلب	إذا كانت الإجابة نعم، اذكر مكان تقديم الطلب (المقاطعة/الولاية/القبيلة):
هـ - معلومات عن الزواج تتعلق بآباء الأطفال المذكورين أعلاه			
تاريخ الزواج (شهر/يوم/سنة):	محل الزواج (مقاطعة/ولاية):		
تاريخ الطلاق (شهر/يوم/سنة):	محل الطلاق (مقاطعة/ولاية):		
تاريخ الانفصال (شهر/يوم/سنة):	محل الانفصال (مقاطعة/ولاية):		
و- معلومات حول سداد مقابل المساعدة العامة ودعم الطفل			
هل تلقيت أنت أم الأطفال المسجلين أعلاه أي مساعدة عامة من أي ولاية أو قبيلة هندية؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا			
إذا كانت الإجابة نعم، فأين تقع (المقاطعات/الولايات/القبائل):		إذا كانت الإجابة نعم، فمتى (الشهور/السنوات):	
إذا كان هناك طلب/طلبات دعم طفل للأطفال المسجلين أعلاه، فما هو مقدار إجمالي الدعم الذي سده الأب غير المحجور عليه لك مقابل دعم الأطفال (لا تذكر الدعم الذي حصل عليه من أي ولاية أو قبيلة هندية)؟			
تواريخ تلقي الدعم: (البداية) _____ (النهاية) _____ . قم بإرفاق نسخ من كافة طلبات الدعم.			
ز- بيان			
أوافق على إحاطة قسم دعم الطفل (DCS) كتابيا على الفور بأي معلومات جديدة أو مختلفة تتعلق بجمع مبالغ دعم الطفل من الآباء المسؤولين عن سداد هذا الدعم. أقر أو أشهد تحت عقوبة الحنث باليمين وبموجب قوانين ولاية واشنطن أن ما سبق صحيحا ومضبوطا.			
تم توقيعه في _____ ، واشنطن.			
التوقيع:	التاريخ:		
لا يجوز التمييز ضد أي شخص بسبب العرق أو اللون أو الأصل أو العقيدة أو الدين أو الجنس أو العمر أو الإعاقة عند التوظيف أو في الخدمات أو في أي جانب من أنشطة البرنامج. هذا النموذج متاح بتنسيقات بديلة عند الطلب.			